



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

LÉO FERNANDES PEREIRA

**PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA
ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: NA DIREÇÃO DA AUTONOMIA
DO USUÁRIO**

FLORIANÓPOLIS
2016

LÉO FERNANDES PEREIRA

**PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA
ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: NA DIREÇÃO DA AUTONOMIA
DO USUÁRIO**

Trabalho de Conclusão de Residência,
apresentado ao Curso de Residência
Multiprofissional em Saúde da Família, da
Universidade Federal de Santa Catarina,
como requisito parcial para a obtenção do
título especialista em Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. Cassiano
Ricardo Rech
Coorientadora: Prof. Simone
Morini

FLORIANÓPOLIS
2016

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Pereira, Léo Fernandes
PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA ATENÇÃO
BÁSICA À SAÚDE : NA DIREÇÃO DA AUTONOMIA DO USUÁRIO / Léo
Fernandes Pereira ; orientador, Cassiano Ricardo Rech ;
coorientadora, Simone Morini. - Florianópolis, SC, 2016.
36P.

Monografia (especialização) - Universidade Federal de
Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Curso de
Residência Multiprofissional Saúde da Família.

Inclui referências

1.Práticas Integrativas e Complementares. 3. yoga. 4.
acupuntura. I. Rech, Cassiano Ricardo. II. Morini, Simone.
III. Universidade Federal de Santa Catarina. Residência
Multiprofissional Saúde da Família. IV. Título.

LÉO FERNANDES PEREIRA

**PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA
ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: NA DIREÇÃO DA AUTONOMIA
DO USUÁRIO**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado à Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para a obtenção de título de Especialista em Saúde da Família.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Cassiano Ricardo Rech - Orientador
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof^a. Simone Morini - Coorientadora
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

Prof. Dr. Charles Dalcanale Tesser
Universidade Federal de Santa Catarina

João Paulo Mello da Silveira
Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

RESUMO

Existe, atualmente, uma expansão das Práticas Complementares e Integrativas (PICs) na rede de atenção básica à saúde no Brasil. Desse modo, o presente estudo tem como objetivo investigar as concepções dos usuários e profissionais sobre a autonomia em saúde, a compreensão do significado de Práticas Integrativas e Complementares e a contribuição dessas para a autonomia dos usuários da Atenção Básica. Para a realização da pesquisa, adotou-se a metodologia qualitativa fundamentada na perspectiva construcionista. Como ferramenta, foram utilizadas entrevistas semiestruturadas que por meio da análise de conteúdo orientaram a construção de categorias e temas de discussão. Os sujeitos da pesquisa foram frequentadores de um grupo de yoga, usuários do serviço de acupuntura e profissionais de saúde vinculados às PICs de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada no sul de Florianópolis, Santa Catarina. A pesquisa revelou entendimentos múltiplos e complementares de autonomia, relacionados à ampliação da consciência, ao conhecimento, à capacidade de governar a si próprio, a independência e ao acesso aos serviços de saúde. Em relação ao significado de Práticas Integrativas e Complementares, observou-se que ainda existe um desconhecimento grande do termo por parte dos usuários. A pesquisa ainda revelou diferenças entre a contribuição do yoga e da acupuntura para a autonomia na saúde do usuário, o que pareceu estar relacionado à primeira prática estar mais inserida na lógica da promoção da saúde que a segunda, mais restrita ao âmbito da clínica.

Palavras-chave: autonomia, práticas integrativas e complementares, yoga, acupuntura.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Relatos dos participantes das concepções de autonomia em saúde, compreensão do significado de Práticas Integrativas em Saúde e a conexão entre as PICs e autonomia.....	18
---	----

LISTA DE SIGLAS

MTC	Medicina Tradicional Chinesa
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PICs	Práticas Integrativas e Complementares
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	09
1.1	O conceito de autonomia e sua complexidade.....	09
1.2	A promoção da saúde na direção da autonomia de sujeitos e coletividades.....	11
1.3	Novas práticas de promoção da saúde.....	12
2.	OBJETIVO DO ESTUDO.....	14
3.	METODOLOGIA.....	14
4.	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	16
4.1	Concepções de autonomia em saúde.....	16
4.2	Compreensão do significado de Práticas Integrativas e Complementares.....	20
4.3	Conexões possíveis entre as PICs e a autonomia do usuário.....	22
5.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	27
6.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	29
7.	ANEXOS.....	34

INTRODUÇÃO

O conceito de autonomia e sua complexidade

A autonomia de sujeitos e coletividades é tida como um dos eixos básicos no discurso da promoção de saúde (CZERESNIA, 2003), sendo também um conceito frequentemente encontrado nas produções teóricas em saúde no Brasil. O discurso contemporâneo de promoção de saúde traz valores que são considerados conceitos-chave para o entendimento de autonomia como: co-responsabilização, empoderamento e governança. Contudo, no atual contexto social em que vivemos, questiona-se qual concepção de autonomia é proposta e construída neste campo da promoção da saúde (CZERESNIA, 2003).

O termo autonomia, segundo o dicionário Houaiss (2009, p. 351), significa “a capacidade de se autogovernar”. A ideia de autogoverno, presente na própria etimologia da palavra autonomia (*auto* – próprio e *nomos* – regra, norma), está presente no discurso de pensadores da Grécia antiga, como Platão e Aristóteles e de filósofos modernos, como Kant. Platão contribuiu com o caráter moral da autonomia por meio da inclusão do conceito de autodomínio – o processo de controle dos desejos através da razão humana (ZATTI, 2007). Assim, autonomia identificava-se com o antigo conceito grego de felicidade (*eudaimonia*), na qual consistia na capacidade do indivíduo decidir sobre suas próprias ações, que foi sintetizada na prescrição “*sê senhor de si*” (FLEURY-TEIXEIRA, 2008). Nota-se que estas noções conceituais de autonomia também são encontradas nas tradições filosóficas orientais. No Hinduísmo, por exemplo, o mestre – *swami*, significa aquele que é dono de si (FEUERSTEIN, 1997).

É no pensamento de Kant que o conceito de autonomia foi definido e adquiriu centralidade na modernidade (ZATTI, 2007). De acordo com Houaiss (2009), Kant define autonomia como:

A capacidade apresentada pela vontade humana de se autodeterminar, segundo uma legislação moral por ela mesmo estabelecida, livre de qualquer fator estranho com uma influência subjugante, tal como uma paixão ou uma inclinação afetiva incoercível (HOUAISS, 2009, p.351).

Ao desenvolver a ideia de autonomia, o filósofo aproxima-a da concepção de moralidade. Assim, postula a autonomia da vontade como um princípio supremo da moralidade: não fazer escolhas senão de modo que suas regras de ação possam servir, ao mesmo tempo, como lei universal

(KANT, 2007). Pode-se observar uma analogia deste princípio com o conceito de *dharmā*, encontrado nas tradições orientais, que significa: aquilo que deve ser feito, aparte dos interesses subjetivos (livre de paixões, gostos e aversões).

Outros sentidos encontrados de autonomia são o de liberdade e independência moral ou intelectual (HOUAISS, 2009). A noção de autonomia está, de fato, inseparavelmente ligada à ideia de liberdade (KANT, 2007), pois aquele que a busca deseja livrar-se das regulações e constrangimentos vindos do exterior, que constituem o seu contrário, a heteronomia.

Por outro lado, não se pode atribuir à autonomia a condição de independência absoluta, ou sinônimo de autossuficiência (ZATTI, 2007). Ao propor uma nova noção de autonomia, Morin coloca que *“quanto mais um sistema desenvolver sua complexidade, mais poderá desenvolver sua autonomia, mais dependências múltiplas terá”* (2002, p. 282). Alinhado com a teoria da complexidade, Campos define autonomia como *“a capacidade do sujeito de lidar com a sua rede de dependências”* (2006, p. 670). Estas definições se opõem a uma visão simplificadora de autonomia sem dependências, bem como um determinismo de dependência sem autonomia, assumindo o paradoxo fundamental de que a autonomia só pode ser concebida em relação à ideia de dependência (MORIN, 2002). O paradoxo autonomia/dependência, levado ao extremo, é encontrado no conceito de *moksha*, termo do hinduísmo que significa a maior meta de realização humana. *Moksha* é a condição da pessoa que se percebeu como completamente livre do mundo, embora continue operando no plano das dependências.

Deste modo, a autonomia parece estar mais ligada à ideia de empoderamento do que necessariamente a uma desvinculação do sujeito com seu meio. Para a construção da autonomia, duas capacidades são necessárias: a capacidade de conceber, decidir, de determinar a própria lei e a capacidade de fazer, realizar. O pensar autônomo deve ser também fazer autônomo (ZATTI, 2007). Como este fazer autônomo não acontece em uma consciência isolada mas sim no mundo das relações, considera-se que a autonomia é co-construída, ou seja, depende sempre de capacidades e forças vindas do sujeito mas também de condições externas a ele (leis naturais, ordem social, relações de poder, cultura). Desta maneira, a autonomia não é vista como um estado estático, absoluto, mas como um processo dinâmico, podendo se adotar expressões como coeficiente/graus de autonomia (CAMPOS, 2006).

No campo da bioética, a autonomia figura como um dos princípios, junto com a beneficência e a justiça. Este princípio, presente

no cotidiano das práticas em saúde, principalmente no âmbito clínico, diz respeito à liberdade de decisão do sujeito sobre aspectos relacionados à sua vida. Assim, este princípio se reveste de importância fundamental por ser um aspecto moral essencial, que norteia a relação entre profissional de saúde e usuário (ARAÚJO, 2008). Nesta perspectiva, a autonomia é entendida como algo a ser preservado, como consta no texto da Lei nº. 8080/90. Entretanto, com a expansão do campo da promoção da saúde e da concepção ampliada de saúde, o termo autonomia começou a tomar maiores proporções, passando a estar acompanhada de termos nos discursos e documentos oficiais que sugerem outras ações como *fortalecimento*, *ampliação* e *construção* da autonomia (BRASIL, 2004; 2006a).

A promoção da saúde na direção da autonomia de sujeitos e coletividades

O termo promoção de saúde ficou conhecido na década de 1970 como um nível de atenção da medicina preventiva, porém, nos últimos anos, o conceito adquiriu outra dimensão, passando a representar mais um enfoque político e técnico em torno do processo saúde-doença-cuidado (BUSS, 2003). De forma sucinta, as transformações no campo da promoção de saúde ocorreram conforme o conceito de saúde foi sendo ampliado, passando a englobar, nos seus fatores determinantes e condicionantes, aspectos sociais e econômicos (HAESER, 2012).

A Carta de Ottawa, um dos documentos basilares da promoção de saúde, define o termo como sendo “*o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo*” (BRASIL, 2002a). A Carta propôs eixos centrais de ação, sendo o “*fortalecimento da ação comunitária*” e o “*desenvolvimento de habilidades pessoais*” os que mais se relacionam com a autonomia (HAESER, 2012). O fortalecimento da ação comunitária traduz-se no empoderamento técnico e político da comunidade para elaborar, decidir e implementar estratégias para alcançar um melhor nível de saúde (VERDI; CAPONI, 2005). Já o desenvolvimento de habilidades pessoais resgata a dimensão da educação em saúde, avançando na ideia de empoderamento individual (BUSS, 2003).

Entre os discursos da promoção de saúde é possível distinguir duas grandes tendências. Na primeira, a promoção de saúde consiste em mudanças individuais de comportamento, focando-se em atividades educativas para alterar fatores de risco que estão sob o controle do próprio indivíduo. A segunda tendência, que caracteriza a moderna promoção de

saúde, considera os determinantes gerais (transporte, alimentação, habitação etc.) como tendo papel fundamental sobre a qualidade de vida, voltando, assim, suas ações mais para o coletivo de indivíduos e ao ambiente, através de políticas públicas focadas no desenvolvimento da saúde (BUSS, 2003; VERDI; CAPONI, 2005). Em uma visão integradora, considera-se que ambas as abordagens são complementares e fundamentais na construção da autonomia de indivíduos e coletividades. A abordagem comportamental foca-se no poder decisório do indivíduo, trabalhando com a capacidade de se autodeterminar dentre as escolhas possíveis, enquanto a abordagem dos determinantes gerais busca alterar o cenário de possibilidades, para que a autonomia tenha condições de ser materializada no contexto disponível. Assim, considera-se a autonomia como uma categoria norteadora e conteúdo central da promoção da saúde (FLEURY-TEIXEIRA, 2008).

No Brasil, a Política Nacional de Promoção da Saúde – PNPS (BRASIL, 2006a) serviu para legitimar o discurso da promoção de saúde como um campo teórico-prático-político, sendo também um marco para a definição de metas e alocação de recursos das esferas governamentais (ROCHA, 2014). A Política compõe um conjunto de ações e projetos em saúde, apresentando-se em todos os níveis de complexidade da gestão e da atenção. Dentre as alterações no modelo de atenção à saúde está o deslocamento do olhar dos profissionais de saúde da doença para os sujeitos, considerando suas potências de criação para a vida, objetivando assim a produção de maiores graus de autonomia. (CAMPOS, 2004).

Novas práticas de promoção da saúde

Nas últimas décadas têm-se evidenciado uma crise na medicina hegemônica ocidental, a biomedicina, relacionada à convivência contraditória de uma tripla cisão: entre ciência das doenças e arte de curar (a epistemologia e a técnica); entre diagnose e terapêutica (práxis); e na ação clínica, na relação médico/paciente, devido ao progressivo desaparecimento do contato com o corpo do doente, pela interposição de tecnologias ‘frias’, diagnósticas e terapêuticas (SOUZA; LUZ, 2009). Assim, a biomedicina acaba por ser mais focada na doença, centrada no uso de medicamentos como principal recurso, com sua relação mais intervencionista e controladora, mais restrita às prescrições médicas e menos acessível à participação consciente e ativa dos doentes (SILVA, 2013).

Tendo em vista que indivíduos têm pouca participação no seu processo terapêutico, considera-se que a medicina tradicional não tem

contribuído na ampliação do grau de autonomia da população em geral. Frequentemente, o paciente é tratado como alguém que não tem conhecimento e que deve obedecer às prescrições, as quais por sua vez não são negociadas com o sujeito em questão (CAMPOS, 2006). Neste sentido, verifica-se a insuficiência deste modelo para o cuidado em saúde, justificando a procura da população por outras práticas terapêuticas (MENÉNDEZ, 2003).

Como forma de divulgar estas práticas não-convencionais, bem como legitimar experiências que já estavam sendo desenvolvidas nas redes de atenção à saúde em diversos municípios e estados, o Ministério da Saúde (MS) aprovou em 2006 a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC (BRASIL, 2006b). Esta Política representou o amadurecimento de questões que vinham sendo debatidas desde a 8ª Conferência Nacional em Saúde, relativas à introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde que possibilitassem ao usuário o acesso democrático de escolher a terapêutica preferida (BRASIL, 1986).

O campo da PNPIC contempla os sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos, conhecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como Medicina Tradicional e Complementar/Alternativa, e no Brasil como Prática Integrativa e Complementar – PIC (BRASIL, 2006b). Essas práticas podem ser classificadas em sistemas médicos alternativos, intervenções mente-corpo, terapias biológicas, métodos de manipulação corporal e terapias energéticas (NCCIH, 2015). A PNPIC deu destaque a um número restrito de práticas, a saber: Medicina Tradicional Chinesa (MTC), que inclui a acupuntura; fitoterapia; medicina antroposófica; termalismo social/crenoterapia e medicina homeopática, evidenciando assim suas contribuições, benefícios e potencialidades. No entanto, outras práticas presentes na rede básica de saúde, como o yoga, não constam na PNPIC, embora venham se mostrando eficazes na promoção da saúde (PARANAGUÁ, 2009). Em um estudo de revisão sistemática sobre PICs, observa-se que:

As perspectivas do crescimento das PIC's são muito grandes, pois são atividades que trazem benefícios, com custos relativamente baixos. E traz oportunidade de uma maior promoção da saúde e da qualidade de vida, integração social, busca da autonomia, em que o usuário é sujeito ativo, cuidando e sendo responsável pelo seu tratamento. Diminuindo o afastamento do trabalho por doenças oportunistas; de uso excessivo de medicamentos; e

nas práticas corporais se tem um empoderamento de continuar praticando só, com autonomia, podendo se tornar mais um multiplicador destas práticas (MONTEIRO, 2012, p.19).

Desta maneira, fica evidenciada nas políticas em saúde e nas produções teóricas a relação das Práticas Integrativas e Complementares com a autonomia dos sujeitos e coletividades. Porém, entende-se que o termo PIC constitui-se em um conjunto genérico e muito heterogêneo, que integra em uma mesma etiqueta práticas consideravelmente distintas (TESSER, 2009), o que gera a pergunta: Será que as práticas disponíveis promovem a autonomia da mesma forma? E, reformulando a questão inicial colocada por Czeresnia (2003): que concepções de autonomia estas práticas se dispõem a promover?

OBJETIVO DO ESTUDO

Este estudo tem como objetivo investigar as concepções dos usuários e profissionais sobre autonomia em saúde, a compreensão do significado de Práticas Integrativas e Complementares e a contribuição dessas para a autonomia do usuário.

METODOLOGIA

O estudo, baseado em uma pesquisa de natureza qualitativa, fundamentou-se na perspectiva construcionista, que parte do pressuposto de que o conhecimento é uma construção histórica e social. Nessa abordagem, a realidade não é dada *a priori*, mas sim apreendida em uma negociação com os processos de objetivação de cada pessoa, representado pelas categorias, as convenções, a linguagem, implicando a ressignificação constante da relação entre sujeito e objeto (SPINK, 2000). Nesta mesma linha, o método da pesquisa também foi inspirado pelas reflexões de Morin (2002), para o qual:

A complexidade não tem metodologia, mas pode ter seu método. O que chamamos de método é um momento, um “lembrete”[...] O método da complexidade pede para pensarmos nos conceitos, sem nunca dá-los por concluídos, para quebrarmos as esferas fechadas, para restabelecermos as articulações entre o que foi separado, para tentarmos compreender a multidimensionalidade,

para nunca esquecermos as totalidades integradoras (MORIN, 2002, p.192).

Assim, baseado nesses pressupostos teóricos, investigou-se as concepções dos usuários e profissionais de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) sobre autonomia em saúde, sobre o significado de Práticas Integrativas e Complementares e a contribuição dessas para a autonomia do usuário.

A pesquisa foi desenvolvida em uma UBS do distrito Sanitário Sul de Florianópolis, Santa Catarina. Florianópolis possui um total de 49 UBS, distribuídos em cinco distritos sanitários e conta atualmente com o registro de PICs em 43 UBS. A UBS selecionada como campo de estudo desenvolve atividades de yoga e atendimentos de acupuntura. Participaram do estudo 18 indivíduos sendo: a) seis usuários das atividades de yoga; b) seis usuários do serviço de acupuntura; c) seis profissionais de saúde que atuavam na unidade e possuíam alguma relação com as PICs. Os entrevistados tinham idade entre 20 e 82 anos, sendo que a maior parte dos usuários eram mulheres (75%) e a maioria dos profissionais, homens (66%).

Em relação aos usuários, foram selecionados aqueles com um mínimo de duas participações nas aulas de yoga ou nas sessões de acupuntura nos últimos dois meses. Nota-se que este critério é bastante amplo, de modo que nem todos os entrevistados possuíam o mesmo nível de interesse nas PICs ou participavam com assiduidade das aulas/sessões, o que pode ter sido considerado uma limitação da pesquisa. A seleção dos usuários de yoga se deu através de convite aberto durante as aulas, enquanto que para os usuários de acupuntura a seleção ocorreu através da indicação dos médicos

Os profissionais selecionados para a pesquisa foram os que tinham maior experiência de atuação com as PICs (entre um e dez anos de experiência) e que atuavam na unidade, ficando selecionados: quatro médicos; uma enfermeira e uma educadora física. O levantamento das informações foi realizado através de duas entrevistas, face-a-face, de roteiro semi-estruturado, sendo uma para os usuários e outra para os profissionais. As questões dirigidas para os dois grupos buscavam compreender as concepções de autonomia, autonomia em saúde, o significado de Práticas Integrativas e Complementares e a contribuição das PICs para a autonomia. Além disso, para os usuários, procurou-se investigar as concepções de autocuidado e suas práticas, assim como mudanças associadas à participação da PIC. As entrevistas foram gravadas com a autorização dos entrevistados e posteriormente transcritas pelo pesquisador. As entrevistas foram realizadas entre agosto

e novembro de 2015, em um ambiente tranquilo, apenas com a presença do pesquisador e do entrevistado. Todos os procedimentos realizados no estudo foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa sobre Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina sob o número CAAE 46333815.7.0000.0121 e pela Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis.

Os dados levantados foram analisados com o auxílio da Análise de Conteúdo, a fim de identificar nos discursos as atitudes, as escolhas, impressões e significados dos sujeitos em relação ao fenômeno investigado (BARDIN, 2004). Para análise, os núcleos de sentido (excertos relevantes), extraídos a partir da leitura e análise das transcrições, foram divididos em três eixos: *análise das concepções de autonomia em saúde*; *análise da compreensão do significado de Práticas Integrativas e Complementares* e *análise da conexão entre autonomia e PICs*. Os núcleos de sentido de cada eixo foram então agrupados em categorias e temas para discussão. Para facilitar a compreensão do conjunto de informações os indivíduos foram identificados com nomes fictícios¹, envolvendo divindades da mitologia ocidental (profissionais), oriental (usuário do yoga) e meridianos da MTC (usuários da acupuntura).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conceito de autonomia em saúde

Inicialmente, foi investigada as concepções sobre autonomia em saúde. Os relatos possibilitaram a identificação de quatro categorias: a) autonomia como ampliação da consciência; b) como a capacidade de governar a si mesmo; c) como independência e; d) como acesso aos serviços de saúde. O quadro 1 apresenta exemplos de relatos para cada categoria analisada.

Na primeira categoria, os indivíduos atrelaram autonomia ao processo de conhecimento, principalmente o *conhecimento de si*. Para a construção desta categoria, ampliação da consciência e o processo de conhecimento foram tratados como sinônimos. Este sentido de autonomia trazido pelos entrevistados condiz com a posição de Campos, para o qual o sujeito autônomo é o sujeito do conhecimento e da reflexão, sobre si mesmo e sobre o mundo (2006). No caso, o desenvolvimento da autonomia em saúde esteve associado ao conhecimento sobre: os fatores

¹ Os profissionais são: Ártemis; Alounos; Brígida; Esculápio; Peon e Belenus. Usuários do yoga: Durga; Parvati; Lakshmi; Kali; Hanuman e Sarasvati. E usuários da acupuntura: Wei; Da Chan; Pi; Fei; Xi e Dan.

que se relacionam com a saúde e doenças; o estado e funcionamento do corpo; a consciência corporal e; a gestão do cuidado. Como relatado por um entrevistado: “[...] *por exemplo a pessoa alérgica, autonomia pra ela é entender da onde vêm o alérgeno*” - ALOUNOS.

Diferentemente da biomedicina, em outras práticas terapêuticas existe uma valorização do autoconhecimento (TESSER, 2009). Como pontuou um entrevistado, no caso do yoga isto está bem evidente (ALOUNOS), pelo fato de existir no seu método uma observância denominada *svadhyaya*, que significa literalmente o “*estudo do eu*”. De forma semelhante, a MTC também busca levar a pessoa a ampliar a consciência de si mesma e de sua relação com o meio (SÃO PAULO, s.d).

O sentido de autonomia como a ***capacidade de governar a si mesmo*** também foi identificado no discurso dos entrevistados, através de expressões como “*ser dono da forma de viver*”, “*dono do próprio cuidado*” etc, como por exemplo:

[...] acho que autonomia na saúde é a pessoa se apropriar de si mesma no cuidado dela na saúde. Então ela ter consciência de que ela tem o papel, o papel é dela de cuidar de sua saúde [...] Então acho que autonomia entra bastante numa questão de responsabilidade consigo mesmo – BELENUS.

Partindo de uma interpretação específica, foi apontado por teóricos (CARVALHO, 2004; VERDI; CAPONI, 2005) o risco que discursos, como a fala acima, têm de adquirir um cunho comportamentalista de promoção à saúde, como se somente o indivíduo fosse o único responsável por suas condições de saúde, não existindo, assim, fatores que não pudessem ser alterados com a mudança de comportamento ou causas situadas fora de sua governabilidade. Parte importante dos projetos de promoção à saúde tem dificuldade em superar o enfoque comportamentalista, dirigindo suas ações para a regulação da vida social e para a criação de critérios que delimitem o sentido do viver saudável. A autonomia, sob esse enfoque, se dá de forma regulada (CARVALHO, 2004).

Quadro 1. Relatos dos participantes das concepções de autonomia em saúde, compreensão do significado de Práticas Integrativas em Saúde e a conexão entre as PICs e autonomia.

Núcleos de sentido	Tema e Categorias
Concepções de autonomia em saúde	
“[...] é ficar mais consciente, sabe” – Sarasvati “[...] autonomia tem muito a ver com auto-conhecimento [...] com a pessoa se dar conta do que faz bem pra ela” - Artemis “É o autoconhecimento. A pessoa estudar o que é bom pra ela na alimentação, pra buscar saúde.” - Alounos	Autonomia como ampliação da consciência
“[...] é você ser dono, talvez, da tua forma de viver, né.” – Lakshmi “[...] acho que autonomia entra bastante numa questão de responsabilidade consigo mesmo.” - Belenus “[...] autonomia pro usuário, eu acho que é ele se empoderar mais [...]” – Péon	Autonomia como a capacidade de governar a si mesmo
“Independência. [...] Talvez independência no tratamento.” - Dan “[...] procurar não ficar tão arraigado no médico, na medicina, essas coisas.” - Sarasvati “É não cair na dependência da medicina curativa formal e nem na dependência de outras pessoas, pra que tu permaneça vivo, né.” - Hanuman	Autonomia como sinônimo de independência
“Particularmente eu não tenho autonomia, a não ser que se eu tivesse um plano de saúde bom, aí eu teria autonomia” - Wei “[...] do ponto de vista populacional [...] é ter acesso ao sistema de saúde, seja público ou privado [...]” - Alounos	Autonomia como acesso
Compreensão do significado de Práticas Integrativas e Complementares - PICs	
“[...] uma outra forma de cura” - Fei “Acredito que são práticas que derivam de outras racionalidades médicas [...]” - Belenus “[...] são aquelas práticas em saúde que são integrais no sentido de não dependerem da medicina convencional para existir [...] que tem seu próprio sistema de diagnose, tem seu próprio sistema de fisiologia, anatomo-patologia e tratamento. As medicinas complementares são aquelas que complementam algum aspecto da nossa medicina convencional [...]” - Alounos	PIC como uma forma diferente de cura, prevenção e tratamento
“Uma maneira de prevenir doenças e proporcionar o bem-estar. Em grupos... porque é integrativo? Dentro da comunidade... Professor e os próprios alunos... Eu não sei exatamente.” - Parvati “É uma coisa pra ajudar nos planos de saúde, não sei como é, na medicina, alguma coisa...” - Kali “Não entendo...” - Durga	Apropriação do termo <i>Práticas Integrativas e Complementares</i> pela população.
Conexões entre PICs e autonomia	
“[...] me despertou essa coisa [...] do autocuidado [...]. Que talvez eu não precise ficar bitolada na acupuntura, talvez eu possa fazer um bom alongamento [...]” - Fei “[...] eu comecei a pensar, [...] que eu tenho que cuidar mais, que realmente eu tinha que ter um momento pra mim e foi dali que começou a surgir mais a vontade de mudar minha vida [...]” - Da Chang “Por eu estar fazendo acupuntura eu não preciso de remédio na minha vida, assim. Então eu acredito que seja algo relacionado à autonomia. Não depender de tomar remédio pra dormir, que é o que eu estava esperando que fosse acontecer.” - Dan	- Mudança de hábitos e alterações subjetivas
“[...] depois do yoga eu comecei a procurar uns vídeos na internet pra fazer um pouquinho em casa. Então, de vez em quando eu pego o meu tapetinho e faço [...]” - Parvati “[...] a yoga foi maravilhoso por isso, agora eu to a mil, estudando as coisas do oriente. Abriu um campo assim, novo.” - Lakshmi “[...] a prática da yoga deixa a gente um pouco mais independente, mais, como é que se diz, segura de si.” - Kali	Estímulo à prática independente e empoderamento
“Espero aprender ainda com acupuntura. Então, por enquanto não posso dizer que aprendi não.” - Wei “[...] eu vejo as pessoas procurar acupuntura porque - “ah, hoje eu acordei, eu to com um pouquinho de dor aqui”, o cara fica duas horas sentado aqui, ele não quer acupuntura, ele quer conforto, entende? E esse tipo de conforto o posto de saúde não tem que dar, porque o cara não precisa disso. Ele tá precisando de outras coisas que estão por trás disso.” - Hanuman	Fatores limitantes
“Então eu acho que as PICs no atual momento desencadeiam mudança de vida, mas elas nem sempre conseguem ser a mudança. Eu acho que elas desencadeiam a pessoa a pensar.” - Brigida	As PICs na direção da autonomia do usuário

No entanto, a atribuição da responsabilidade pessoal pela saúde, identificada pelo entrevistado, também expressa um imperativo bioético, dirigido a sujeitos que parecem ter esquecido seus próprios recursos para interpretação e manuseio dos adoecimentos e sofrimentos vividos e que foram ensinados a esperar do especialista e dos exames complementares a resolução de seus problemas em saúde (TESSER, 2006). A fala remete à noção de autoatenção, proposta por Menéndez (2003), que diz respeito a práticas e representações realizadas pelos próprios sujeitos ou grupo social para diagnosticar, explicar, controlar, curar e prevenir os processos que afetam a saúde, sem a intervenção direta e intencional de profissionais de saúde.

De forma semelhante, outro sentido de autonomia trazido pelos entrevistados esteve relacionado à *independência*. Nos relatos, a independência na saúde é tomada com relação aos serviços, profissionais e medicamento, como esclarece um entrevistado: “*É não cair na dependência da medicina curativa formal e nem na dependência de outras pessoas, pra que tu permaneça vivo*” - HANUMAN. De acordo com as entrevistas, constatou-se que “*novas dependências*” vêm sendo utilizadas na atenção à saúde, como na pergunta: “*Quais as formas e recursos você utiliza para realizar o seu cuidado em saúde?*”, que obteve como resposta: “*O meu [recurso]? Então, google!*” - DAN. Na esteira do pensamento de Morin (2002), segundo o qual quanto mais complexo é um sistema maior sua rede de dependências, a internet, enquanto fruto da complexificação da técnica e do pensamento humano, representa para os cuidados em saúde uma grande “*dependência autonomizadora*” dos dias atuais. Basta constatar a quantidade de pessoas que praticam atividades físicas, como yoga, orientados por canais do *youtube*, buscam informações sobre medicamentos, diagnósticos e termos médicos nos mecanismos de procura, compartilham suas experiências e condições de saúde em fóruns virtuais. A vantagem da internet, no que diz respeito à autonomia do usuário, está na possibilidade de tomar decisões mais criteriosas, com maior liberdade de escolha (MORETTI, 2012). Entretanto, por mais que a internet ofereça um arsenal de informações, entende-se que a construção da autonomia também envolve a capacidade crítica, de mediar estes dados, compreendendo que é o conhecimento que autonomiza o sujeito e não a informação.

Por fim, autonomia em saúde também foi apontada por parte dos entrevistados como a possibilidade de *acesso a serviços de saúde* de qualidade, considerando assim a saúde na sua dimensão político-institucional. Tal possibilidade foi considerada, em alguns casos, como inviável. Nas palavras de um entrevistado:

Então, autonomia do ponto de vista populacional [...] é ter acesso ao sistema de saúde, seja público ou privado, que funcione, que a pessoa consiga trazer suas demandas... ALOUNOS.

Esta colocação, coerente com o entendimento de que “*o acesso limitado às estruturas políticas minam as bases da autodeterminação*” (BRASIL, 2002b), aponta para o fato de que a construção da autonomia não consiste somente em aumentar a capacidade do sujeito para agir sobre si mesmo, mas também para compreender e agir sobre o contexto, conforme objetivos democraticamente estabelecidos (CAMPOS, 2006). Os Conselhos e Conferências de Saúde são espaços privilegiados para o exercício da autonomia, através da participação e controle social sobre a implementação das políticas de saúde nas instâncias públicas. No entanto, o que se observa é que estas instâncias não estão sendo apropriadas pela população na sua plenitude. Contribui para isso a falta da divulgação de informações aliado à existência de interesses múltiplos, para que a população desconheça seu poder decisório sobre as políticas em saúde (ROLIM, 2013).

No geral, os sentidos de autonomia em saúde trazidos pelos usuários apresentaram diversos aspectos convergentes com o conceito filosófico de autonomia que já foi discutido. Termos como autogoverno, independência e conhecimento foram recorrentes nas falas dos entrevistados, sem que distinções categóricas entre eles tenham sido feitas, mas apontando sempre na direção da autonomia em saúde. No entanto, o que não pôde ser constatado foram sentidos que se aproximassem da abordagem complexa de Morin (2002) e Campos (2006), no qual as dependências teriam, na verdade, papel fundamental na construção da autonomia.

Compreensão do significado de Práticas Integrativas e Complementares – PICs

Quanto ao significado de Práticas Integrativas e Complementares, observou-se uma variedade de sentidos difusos apresentados pelos entrevistados (Quadro 1), tornando evidente a pouca apropriação do termo pelos usuários. Essa ocorrência justifica-se pelo fato do termo ser uma denominação recentemente adotada pelo MS, como expõe um entrevistado ao colocar sua definição de PIC: “*isso [o termo Prática Integrativa e Complementar] é um aspecto normativo*” - ESCULÁPIO.

As PICs constituem um campo de saberes e cuidados extremamente múltiplo e sincrético, articulando um número crescente de métodos diagnóstico-terapêuticos, tecnologias leves, filosofias orientais, práticas religiosas, em estratégias sensíveis de vivência corporal e de autoconhecimento. Outros recursos se somam ainda a este acervo de cuidados, como terapias nutricionais, disciplinas corporais, diversas modalidades de massoterapia, práticas xamânicas e estilos de vida associados ao naturalismo e à ecologia. (ANDRADE, 2010). Diferente da racionalidade biomédica, estas práticas carregam uma concepção integral do ser humano, incorporando no seu entendimento dimensões espirituais e articulando esta com o corpo e a mente, compreendendo assim a saúde entendida como bem-estar amplo, envolvendo uma interação complexa de fatores físicos, sociais, mentais, emocionais e espirituais (ANDRADE, 2010). Também já foi apontado por teóricos que muitas dessas práticas compartilham do paradigma vitalista (TESSER; LUZ, 2008; CINTRA, 2010) que associa a saúde à harmonia da pessoa com seu meio ambiente natural e social, valoriza a subjetividade, a prevenção e promoção à saúde e a integralidade do cuidado, além de mostrar-se compatível com anseios de preservação e sustentabilidade. (NASCIMENTO, 2012).

A definição conceitual dessas práticas apresenta um certo desafio, tendo em vista a multiplicidade de cosmologias, doutrinas médicas e princípios terapêuticos (ANDRADE, 2010), recebendo, assim, diversas denominações como prática ou medicina tradicional, popular, não ocidental, holística, branda e alternativa. Diante dessa diversidade de nomenclatura, pesquisadores da saúde estão atualmente preferindo abordar estas práticas através da categoria “*Racionalidades Médicas*” (LUZ, 1996) para estudos comparativos entre os diferentes sistemas médicos, existentes nas variadas culturas do mundo. A racionalidade médica supõe um sistema complexo, simbólico e estruturado em seis dimensões fundamentais: cosmologia; doutrina médica (explicação do que é doença ou adoecimento, sua origem ou causa, evolução ou cura); morfologia (anatomia, para a biomedicina); dinâmica vital (fisiologia); sistema de diagnose (recursos e raciocínio para o diagnóstico) e sistema de intervenções terapêuticas (recursos e raciocínio para cura e tratamento) (TESSER; LUZ, 2008). De acordo com esta perspectiva, sistemas médicos, como a MTC e o ayurveda, “*mostram-se como portadores de razão médica e de eficácia terapêutica próprias, coerentes com seu estilo de pensamento, contradizendo o senso comum de que somente a biomedicina seria portadora de racionalidade*” (LUZ; TESSER, 2008, p. 196). Neste sentido, compreende-se a ideia de um entrevistado ao

colocar que “*não existe medicina alternativa, existem alternativas para a medicina*” - HANUMAN.

No entanto, o termo prática integrativa e complementar, adotado pelo MS, se define por contraste ao modelo hegemônico em saúde. Assim, as práticas complementares são aquelas usadas junto a prática biomédica e as integrativas são aquelas utilizadas de forma coordenada à biomedicina, baseadas em avaliações científicas de segurança e eficácia de boa qualidade (NCCIH, 2015). Tal compreensão do termo não foi averiguada nas entrevistas dos usuários, constando, em contrapartida, que o termo “*medicina alternativa*” ainda simboliza mais estas práticas e saberes que fazem contraponto à biomedicina.

Já os profissionais conceituaram o termo de maneira mais alinhada com os discursos oficiais e teóricos sobre PICs. O conhecimento desses profissionais reflete a atual política municipal de apoio às PICs, que incentiva e proporciona aos profissionais de saúde oficinas de sensibilização e cursos introdutórios em diversas práticas, como yoga e acupuntura.

Conexões possíveis entre as PICs e a autonomia do usuário

As duas práticas investigadas na pesquisa, yoga e acupuntura, possuem finalidades bastantes distintas em relação a atenção à saúde, estando a primeira, de modo geral, mais vinculada ao campo da promoção de saúde e a segunda mais associada ao campo do tratamento. A acupuntura é considerada um ramo da medicina chinesa tradicional, que consiste em introduzir agulhas metálicas em pontos precisos do corpo de um paciente, para tratar de diferentes doenças ou provocar efeito anestésico (HOUAISS, 2009). Já o yoga é definido por um conjunto de exercícios sistemáticos, que envolvem especialmente a postura e a respiração a partir dos ensinamentos filosóficos indianos (HOUAISS, 2009). No campo da pesquisa, constatou-se que ambas as práticas são procuradas por pessoas que sofrem de problemas parecidos, como dores osteomusculares e problemas do sistema nervoso e/ou emocionais, como estresse, ansiedade e insônia. No entanto, o fato da acupuntura ser um tratamento onde o sujeito é visto como um paciente, passivo e do yoga o sujeito ser entendido como um praticante, portanto ativo, faz com que existam diferenças fundamentais entre essas práticas no que tange a autonomia do sujeito.

De acordo com a fala dos usuários e profissionais foi possível identificar quatro temas para discussão relacionando as PICs com a autonomia na saúde do usuário: a) mudança de hábitos e alterações subjetivas; b) estímulo à prática independente e empoderamento; c)

fatores limitantes; d) As PICs na direção da autonomia do usuário (QUADRO 1).

O primeiro tema, *mudança de hábitos e alterações subjetivas*, foi encontrado tanto nas falas dos usuários de yoga quanto de acupuntura. Em relação aos usuários de acupuntura, foram relatadas alterações como: uma maior atenção para a respiração e para o autocuidado; melhora na qualidade do sono e aumento do bem-estar geral. A prática da respiração consciente, presente nas tradições orientais, foi relatada por uma paciente como um importante recurso próprio, resgatado após o início das sessões de acupuntura:

O eu suportar, eu ter essa resiliência pra suportar as dores que eu tenho sentido, que pra mim tem sido muitas, acho que pra mim tem a ver com a respiração, assim. É tirar o foco daquilo, um momento de aceitar aquilo que tu tá passando, que não é uma coisa pro resto da vida, é uma coisa temporária, momentânea, é resultado de algo – PI.

A melhora da qualidade do sono, por sua vez, esteve relacionada com a autonomia pelo fato de uma usuária desconsiderar a necessidade do uso de remédios para dormir após o início dos atendimentos (concepção de independência vinculado à autonomia em saúde). Também o sono e outras alterações relatadas implicam no desenvolvimento da autonomia pelo fato de que é primordial ao sujeito ter suas funções cognitivas disponíveis, através do equilíbrio de diversos fatores como sono, alimentação, estado psicológico etc. para o exercício da capacidade discriminativa e determinação nas inúmeras situações da vida.

Verificou-se, a partir das falas, que os benefícios observados não foram somente respostas orgânicas à técnica terapêutica do agulhamento, mas também consequência da relação dialógica estabelecida entre profissional e usuário, o que confirma a posição de teóricos (TESSER; BARROS, 2008) ao colocarem que as PICs, em geral, usam da resignificação da relação entre curador e paciente como elemento fundamental da terapêutica. Os usuários de yoga relataram alterações semelhantes, incluindo: menor agitação; melhora na qualidade do sono e na evacuação; maior disposição física e bem-estar geral; maior atenção para autocuidados como hidratação e alimentação e maior sensação de pertencimento social.

Outro tema que surgiu a partir das entrevistas foi o *estímulo à prática independente e empoderamento*. A maioria dos usuários de yoga relata ter começado a praticar em casa alguns componentes do yoga, como

meditação e posturas físicas, após o início das aulas. A prática pessoal, considerada um componente importante no yoga (DESIKACHAR, 2006), fomenta a autonomia e o protagonismo do sujeito no processo de produção de saúde, como coloca uma entrevistada: *“a prática da yoga deixa a gente um pouco mais independente, mais, como é que se diz, segura de si [...] e na yoga a gente cria mais confiança. É mais fácil dizer ‘eu posso fazer, eu consigo fazer’”* - KALI. Em relação aos usuários de acupuntura, a prática independente do agulhamento não foi vista como uma possibilidade, sendo que os mesmos também não relataram incluir em suas rotinas o uso de técnicas similares e mais acessíveis como acupressão e reflexologia após ter iniciado o tratamento. No entanto, ambas as práticas incentivaram, no geral, uma postura mais ativa por parte do sujeito, com ampliação da responsabilidade em relação à própria saúde, inserindo ações voltadas para uma vida mais consciente.

O terceiro tema para discussão, *fatores limitantes*, foi construído a partir de algumas objeções que usuários e profissionais fizeram sobre a possível contribuição das PICs para a autonomia do usuário. A acupuntura foi apontada pelos profissionais como sendo uma ferramenta profissional-dependente. E, como esclarece um entrevistado: *“toda prática que depende de um profissional, eu acho que vai limitar a minha autonomia. Porque vai depender do acesso que eu tenho àquele profissional”* - ESCULÁPIO. Nos atendimentos de acupuntura poderiam estar presentes outros recursos da medicina tradicional chinesa que podem ser praticados de forma independente, como Do In/acupressão, reflexologia e exercícios de chi kung. De forma geral, verificou-se a importância de reconectar a acupuntura na dimensão maior da MTC, para que sua clínica não fique somente limitada ao agulhamento de situações patológicas específicas, como esclarece uma entrevistada:

[...] a acupuntura, por exemplo, eu acho que ela é uma mudança de todo o olhar, para aquele paciente... De tudo, ela é um outro tipo de medicina, de cuidado, que não tem nada a ver com o cuidado ocidental. Então eu vejo hoje assim um pouco raso, às vezes, a gente tentando colocar a acupuntura na assistência como um remédio alopático – BRIGIDA.

De fato, autores já se preocuparam com o risco que aspectos essenciais da racionalidade médica chinesa correm de serem desvalorizados na prática clínica, à medida que a acupuntura vai sendo absorvida pela racionalidade biomédica (FERREIRA, LUZ, 2007). Da mesma forma, a aculturação do yoga também tem sido motivo de atenção

para teóricos da área (KUPFER, 2014), que questiona novas ideologias de yoga que surgem no mercado ocidental, desprovidas de atributos e valores que são essenciais para sua caracterização. Parece que o yoga inserido no SUS goza de uma situação mais favorável à sua preservação por não sofrer diretamente os ditames do mercado, mas ainda assim têm-se o risco de vê-lo resumido a uma “prática complementar” de exercícios, perdendo de vista seu objetivo maior que é a própria autonomia do sujeito. Assim, neste processo de ocidentalização, as PICs em geral vão *“transformando-se em procedimentos especializados mais ou menos desligados de seu contexto cultural tradicional e de suas racionalidades originais, bem como dos valores solidários e ‘empoderadores’ caros à promoção da saúde”* (TESSER, 2009).

O último tema, *as PICs na direção da autonomia do usuário*, foi concebido a partir dos comentários dos profissionais entrevistados sobre como as PICs promovem ou poderiam promover a autonomia do usuário e quais práticas específicas dirigiam-se mais para este sentido. Assim, os entrevistados enfatizaram aquelas práticas que os usuários poderiam realizar em casa, como: fitoterapia; meditação; reflexologia e práticas corporais como lian gong, chi kung, yoga e biodança. A fitoterapia foi uma prática reconhecidamente promotora de autonomia, já que, segundo um profissional, responsabiliza o usuário pela sua própria produção de fármacos. Outras PICs sugeridas pelos profissionais como meditação e chi kung, por compartilharem do paradigma vitalista, oferecem técnicas e saberes particularmente promotores de saúde por estimularem potenciais de cura autóctones (TESSER, 2009), diminuindo assim a necessidade de cuidados externos e contribuindo para uma maior co-responsabilidade do sujeito na produção de sua saúde.

Observa-se que estas PICs podem vir a ser temas importantes de discussão inseridos na UBS, a serem desenvolvidos sob a perspectiva de uma educação dialógica e comunicativa em saúde. Nesta perspectiva, as UBS constituiriam pontos estratégicos para a capacitação de habilidades pessoais, onde saberes leigos e tradicionais possam ser valorizados, assumidos e enriquecidos com saberes especializados para a construção de parcerias e autonomias responsáveis e solidárias (TESSER, 2009). Observa-se, então, que a educação em saúde é o ponto fundamental para a promoção da autonomia:

[...] se no espaço de saúde, no espaço que é referência para a pessoa, “lá eu trato da minha saúde”, se nesse espaço a gente começa a falar sobre planta, começa a falar sobre alimento, falar

sobre prática corporal [...] eu acho que isso é promoção da autonomia, então as PICs são, na minha visão, um grande caminho. - ÁRTEMIS

A partir das falas, verificou-se que as PICs induzem à autonomia, visto que estas: ampliam o leque de terapêuticas ofertadas, oferecendo possibilidades de escolha; aumentam o grau de co-responsabilização do indivíduo pela sua saúde; qualificam a relação profissional-usuário; transmitem conhecimentos sobre fatores que incidem no modo de vida e saberes relacionados ao autocuidado; incentivam a prática pessoal e independente; desencadeiam mudanças de hábitos e; melhoram a condição físico-psíquica, aperfeiçoando assim a capacidade reflexiva. No yoga, a promoção da autonomia esteve mais relacionada ao incentivo dado à prática pessoal e independente, enquanto que na acupuntura esteve mais atrelada à forma de condução da consulta e ao perfil do profissional (o que não se restringe a este tipo de atendimento) do que propriamente com sua técnica específica.

Como também verificado em outras pesquisas, constata-se que a consulta de acupuntura facilita, mas não garante, que os profissionais adotem uma atitude profissional que estimule uma postura mais ativa dos usuários (SILVA, 2013). Ao possibilitarem o desenvolvimento do vínculo e de uma comunicação mais aberta entre profissional e usuário tanto o yoga quanto a acupuntura caminham na mesma direção. Assim, de acordo com Campos (2006), a dimensão produtora de autonomia é aquela que – por meio do vínculo – é possível desenhar um campo de propostas que coloquem o sujeito no trilho da responsabilização pela própria vida.

Embora a dimensão social e política da autonomia não tenha tido maior expressão no estudo, visto que a grande maioria dos entrevistados focou em aspectos individuais e comportamentais, as entrevistas mostraram que as PICs também ajudam a transformar o ambiente social (o clima) da UBS. São geradas “*múltiplas práticas de atitude*”, como definido por uma entrevistada, que envolvem as organizações informais entre os participantes, o compartilhamento de experiências na sala de espera, atos de atenção e retribuição dos usuários para os profissionais e aplicação de terapêuticas das PICs entre os profissionais e servidores do local. Talvez futuros estudos precisam ser feitos para investigar o impacto das PICs na autonomia de coletividades e no engajamento social, no entanto, está claro que as PICs devem continuar sua expansão pelo SUS, por se constituírem em ferramentas que promovem a saúde e atenuam as iatrogenias clínicas e sociais ocasionadas pela biomedicina.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo dessa pesquisa foi investigar as concepções dos usuários e profissionais sobre autonomia em saúde, sobre as PICs e a contribuição dessas para a autonomia do usuário. A pesquisa mostrou que os entrevistados relacionam autonomia em saúde com a aquisição de novos conhecimentos, maior autogoverno, independência e acesso aos serviços de saúde. Em relação ao significado de Práticas Integrativa e Complementares, os usuários apresentaram definições diversas, apontando para o desconhecimento do termo pela população. Por outro lado, entre os profissionais constatou-se que o significado do termo já está mais estabelecido.

Os resultados indicaram que na concepção dos usuários e profissionais ambas as PICs investigadas influenciam positivamente na autonomia do usuário. No entanto, diferenças foram encontradas, devido ao fato das práticas se situarem em âmbitos distintos da atenção à saúde. Das PICs investigadas, constatou-se que o yoga proporciona maiores condições para que o sujeito busque seus próprios recursos em saúde. Além disso, pelo fato do yoga ter como tema central a autonomia plena do sujeito, acaba por transmitir uma perspectiva de saúde mais ampla do que somente a ausência de doenças ou sintomas, refletindo também sobre a saúde do ponto de vista ético, ecológico e espiritual.

A acupuntura traz igualmente em sua filosofia elementos que remetem à autonomia, e apresenta na sua abordagem um grande potencial para a realização de uma educação em saúde emancipadora. Porém, no contexto em que está inserida, focada no tratamento de disfunções e patologias que muitas vezes são diagnosticadas à luz da racionalidade biomédica, corre o risco de ter sua integralidade comprometida e junto com ela a possibilidade de uma maior contribuição para a autonomia do usuário.

É fato que as PICs são consideradas estratégias eficazes na promoção à saúde, porém, desafios como este têm surgido ao integrá-las em um contexto onde a biociência domina nos aspectos epistemológicos e culturais (TESSER, 2009). Como forma de enfraquecer esta hegemonia recomenda-se que outros atores também possam ter participação ativa na implementação da política de PICs. Assim, almeja-se a futura presença e valorização de: educadores populares de cuidado (benzedeiros, erveiros, curandeiros, dentre outros); profissionais diversos da saúde (musicoterapeutas, terapeutas corporais, arteterapeutas) e; conhecedores de outras racionalidades médicas - para que instituem novas práticas em

saúde no âmbito da atenção básica. A oferta de variadas metodologias, tecnologias e saberes em saúde, possibilita maiores movimentos de sujeitos e coletividades na direção da complexidade que o termo autonomia aponta.

Sem dúvida, resultados mais conclusivos dependeriam da análise de um universo maior de usuários das PICs em diferentes UBS, o que permitiria avaliar as consequências dessas práticas de forma mais abrangente. Com um monitoramento dessa natureza seria possível acompanhar a implementação desta política pública de modo a potencializar os seus efeitos benéficos e eventualmente corrigir rumos.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, JT; COSTA, LFA. Medicina complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da Antropologia médica. **Saúde soc.** Set 2010, vol.19, n. 3, p. 497-508.

ARAÚJO, AA; BRITO, AM; NOVAES, M. Saúde e autonomia: novos conceitos são necessários? **Rev. Bioet.** 2008; 16(1):117-24

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3ª ed. Lisboa: Edições 70, 2004.

BUSS, PM. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D; FREITAS, CM. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 15-38.

BRASIL. MS. **Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, DF, 1986. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2016.

_____. MS. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: MS, 2002a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf>. Acesso em: 13 jan 2016.

_____. MS. **Declaração de Sundsvall**. Brasília: MS, 2002b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_sundsvall.pdf> Acesso em: 9 jan de 2016.

_____. MS. Secretaria - Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: MS, 2004.

_____. MS. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Portaria nº687 MS/GM, de 30 de março de 2006. Brasília: MS, 2006a.

_____. MS. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares**

no SUS - PNPIC-SUS. Portaria nº971 MS/GM, de 03 de maio de 2006. Brasília: MS, 2006b.

CAMPOS, GWS. et al. Co-construção da autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, GWS et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec - Ed.Fiocruz, 2006.

CARVALHO, S. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 669-678, Set. 2004.

CINTRA, MER; FIGUEIREDO, R. Acupuncture and health promotion: possibilities in public health services. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.14, n.32, p.139-54, jan./mar. 2010

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D; FREITAS, CM. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.39-53.

DESIKACHAR, TKV. **O coração do Yoga: desenvolvendo a prática pessoal**. São Paulo: Jaboticaba, 2006.

FEUERSTEIN, G. **Enciclopédia de yoga da Pensamento**. São Paulo: Pensamento, 1997

FERREIRA, CS; LUZ, MT. Shen: categoria estruturante da racionalidade médica chinesa. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.863-875, jul.-set. 2007.

FLEURY-TEIXEIRA, P. et al. Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, vol.13, suppl.2, pp. 2115-2122, 2008.

HAESER, LM; BUCHELE, F; BRZOZOWSKI, FS. Considerações sobre a autonomia e a promoção da saúde. **Physis**. 2012;22(2):605-20.

HOUAISS, A; VILAR, MS. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Objectiva, 2009.

KANT, I. **Fundamentação da Metafísica dos Costumes**. Lisboa: Edições 70, 2007.

KUPFER, P. A **Aculturação do Yoga**. 2014. Disponível em: <<http://www.yoga.pro.br/artigos/1185/3058/a-aculturacao-do-yoga>>. Acesso em 20 jan 2016

LUZ, MT. **Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas**. Rio de Janeiro: IMS, Universidade Estadual do Rio de Janeiro. (Série Estudos em Saúde Coletiva, 62), p.23 – 29, 1996.

_____, MT. **Comparações de representações de corpo, saúde, doença e tratamento em pacientes e terapeutas de homeopatia, acupuntura e biomedicina**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, 1998.

MENÉNDEZ, E. **Modelos de atención de los padecimientos**: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.8, n.1, p.185-207, 2003.

MONTEIRO, MMS. **Práticas Integrativas e Complementares no Brasil – Revisão Sistemática**. 36 p. Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços em Saúde) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.

MORETTI, FA; OLIVEIRA, VE; SILVA, EMK. Acesso a informações de saúde na internet: uma questão de saúde pública? **Rev. Assoc. Med. Bras.** [online]. 2012, vol.58, n.6, pp. 650-658.

MORIN, E. **Ciência com consciência**. 6^a ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil., 2002.

NASCIMENTO, MC; NOGUEIRA, MI; LUZ, MT. Produção científica em racionalidades médicas e práticas de saúde. **Cadernos de naturologia e terapias complementares**, v.1, n.1, p.13-21, 2012.

NCCIH, National Center for Complementary and Integrative Health. **What is Complementary, Alternative or Integrative Health?** Bethesda; 2015. Disponível em: <<http://nccam.nih.gov/health/whatiscom/#1>>. Acesso em 10 jan 2016

PARANAGUÁ, TT et al. As práticas integrativas na estratégia saúde da família: visão dos agentes comunitários de saúde. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2009 jan/mar; 17(1):75-0

ROLIM, LB; CRUZ, RSBL; SAMPAIO, KJAJ. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Saúde debate**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 139-147, Mar. 2013.

ROCHA, DG et al. Processo de revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde: múltiplos movimentos simultâneos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4313-4322, Nov. 2014.

SÃO PAULO (Cidade). Prefeitura do Município de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Desenvolvimento da Gestão Descentralizada. **Caderno temático da medicina tradicional chinesa**. São Paulo/SP. Secretaria Municipal de Saúde; s.d.

SOUZA, EFAA; LUZ, MT. Bases socioculturais das práticas terapêuticas alternativas. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.16, n.2, abr.-jun. 2009, p.393-405.

SPINK, MJP [org]. **Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano**: aproximações teóricas e metodológicas. São Paulo: Ed. Cortez; 1999.

SILVA, EDC; TESSER, CD. Experiência de pacientes com acupuntura no Sistema Único de Saúde em diferentes ambientes de cuidado e (des)medicalização social. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 11, p. 2186-2196, Nov. 2013.

TESSER, CD. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 10, n. 19, p. 61-76, Jun. 2006.

_____, CD; LUZ, MT. Racionalidades médicas e integralidade. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2008, vol.13, n.1, pp. 195-206.

_____, CD; BARROS, NF. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, 2008; 42(5):914-20.

_____, CD. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições pouco exploradas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 1732-1742, Ago. 2009.

VERDI, M; CAPONI, S. Reflexões sobre a promoção da saúde numa perspectiva da bioética. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.14, n.1, p.82-8, 2005.

ZATTI, V. Autonomia e educação em Immanuel Kant e Paulo Freire.
Porto Alegre: EDIPUCRS, 2007.

ANEXO I: Roteiro de entrevista dos Profissionais

Qual é seu nome?
Qual a sua idade?
Qual a sua profissão?
Qual é o seu estado civil?
Você nasceu em Santa Catarina? Qual cidade?
Qual seu nível acadêmico?
Você tem alguma formação complementar?
Você exerce alguma PIC aqui no Centro de Saúde? Se sim, quando começou?
Há quanto tempo você trabalha no CS Armação?

Para você qual o significado de autonomia em saúde? E autocuidado?
De que forma você promove a autonomia nos usuários no seu processo de trabalho?
Qual a sua sugestão de melhorias no cuidado com a saúde a nível individual, social e nos serviços públicos?

Você sabe o que significa Prática Integrativa e Complementar em Saúde?
Você conhece métodos alternativos/ complementares de cuidado da saúde?
Se sim, quais?
O que você acha das PICs serem ofertadas pelo serviço de saúde público?
Se você trabalha com PIC, o que te motivou a prática?
Se você trabalha com PIC, explique como funciona uma sessão, quais seus componentes e qual o público alvo.
Você percebe(eu) modificações nos usuários frequentadores das PICs? Em que âmbito?
Você acredita que as PICs podem favorecer a autonomia dos usuários? Em que aspectos?
No seu ver, teriam PICs mais voltadas para a autonomia do usuário? Quais e por quê?
Que mudanças você percebeu no CS com a entrada das PICs?
Você tem sugestão de outras PICs que poderiam ser colocadas no centro de saúde?

ANEXO II: Roteiro de entrevista dos usuários

Qual é seu nome?
Qual a sua idade?
Qual a sua profissão?
Você nasceu em Santa Catarina? Qual cidade?
Você sabe o que significa Prática Integrativa e Complementar em Saúde? E medicina alternativa?
Há quanto tempo você participa das atividades (yoga/acupuntura) aqui no Centro de Saúde?
Você já fez algum outro tipo de prática integrativa? Se sim, onde e por quanto tempo?
Há quanto tempo você mora na área de CS da armação?

Para você qual o significado de autonomia em saúde? E autocuidado?
Quais as formas/ recursos você utiliza para realizar o seu cuidado de saúde?
O que falta para que você possa ter um autocuidado melhor da sua saúde?
Qual a sua sugestão de melhorias no cuidado com a saúde a nível social e nos serviços públicos?

Você conhece métodos alternativos/ complementares de cuidado da saúde?
Se sim, quais?
O que você acha das PICs serem ofertadas pelo serviço de saúde público?
Por que você entrou na prática das PICs?
O que você aprendeu durante as atividades das PICs para sua saúde?
Você tem sugestão de outras PICs que poderiam ser colocadas no centro de saúde?

Você observou modificações ou inserções de novos hábitos/ações no cuidado a saúde após entrar nas práticas das PICs? Quais foram essas modificações?
Você acredita que teria condições de realizar sozinho, algum componente/etapa/procedimento da PIC que frequenta?
Como você vê hoje o processo de adoecimento? O que mudou na forma de encarar a doença?
A partir da participação nas PICs o que mudou em relação ao seu olhar para o centro de saúde?

ANEXO III - Carta de aprovação da pesquisa – Secretaria Municipal de Saúde



Prefeitura Municipal de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde
Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde

OE 415/SMS/GAB/RH/2015

Florianópolis, 21 de Agosto de 2015

Prezado(a),

Informamos que a pesquisa ***“PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA ATENÇÃO BÁSICA: NA DIREÇÃO DA AUTONOMIA DO USUÁRIO”*** foi avaliada pela Comissão de Acompanhamento de Projetos de Pesquisa em Saúde – CAPPs e pelo comitê de ética em pesquisa da UFSC e está **aprova**da para execução no **Centro de Saúde da Armação**, onde o pesquisador cumpre suas atividades da Residência Multiprofissional/UFSC.

O pesquisador irá fazer entrevistas com usuários do centro de saúde que tenham participado de sessões de Práticas Integrativas e Complementares; coordenador da unidade e membros das equipes de saúde. Todos esses procedimentos deverão respeitar a autonomia dos sujeitos de pesquisa, solicitando o seu consentimento.

O período autorizado para a realização das entrevistas é de 24/08/2015 a 24/11/2015. Caso seja necessária a prorrogação do período, o pesquisador deve contatar a Comissão para a emissão de novo ofício.

Seguimos à disposição para esclarecimentos no telefone (48) 3239-1593.

Atenciosamente,

Evelise Ribeiro Gonçalves
Educação em Saúde
Matrícula 26212-9
SMS - PMF

Evelise Ribeiro Gonçalves
Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde
Assessoria em Gestão de Pessoas
Setor de Educação em Saúde

Ilustríssima Senhora
Léo Fernandes Pereira
Nesta

Visite nosso site: www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/
E-mail: educaemsaude@gmail.com Fone: (048) 3239-1593